FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1945. N° ____

THÈSE 942

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Bernard-François-Léon DEROIDE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né le 6 Août 1916, à Calais (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1945

Les Hémorragies de la Délivrance au cours des Accouchements Gémellaires

---

Président : M. L. PORTES, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1945. N° ____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Bernard-François-Léon DEROIDE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né le 6 Août 1916, à Calais (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 1945

Les Hémorragies de la Délivrance au cours des Accouchements Gémellaires

---

Président : M. L. PORTES, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1947

Doyens Honoraires :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

Professeurs Honoraires :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

Doyen : Léon Binet, *Membre de l'Institut*
Assesseur : Jean Verne

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	Olivier (f.f.).
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq.
	Cadenat.
	Mondor.
	Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf.
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.).
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Cliniques médicales	Benard (H.).
	Chabrol.
	Harvier.
	Lian.
Clinique médicale propédeutique	P.-Vallery-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	Vincent (Cl.).
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul.
	Lévy-Solal.
	Portes.
Clinique ophtalmologique	Velter.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque.
Clinique thérapeutique médicale	Loeper.
Clinique de la Tuberculose	Bernard (Et.).
Clinique urologique	Fey.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Alajouanine.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN.

	MM.
Histologie	Champy.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Besançon (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala.
Hygiène et médecine préventive	Joannon.
Médecine du Travail	Duvoir.
Médecine légale	Piédelièvre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt (E.).
Pathologie chirurgicale	Petit-Dutaillis.
Pathologie exotique	Lavier.
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire.
Pathologie médicale	Moreau.
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes (f.f.).
Pharmacologie et matière médicale	Hazard.
Physiologie	Binet (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet.
Puériculture	Lelong.
Radiologie médicale	Desgrez (Henri).
Stomatologie	Dechaume.
Physique médicale	Strohl.
Technique chirurgicale	Moulonguet.
Thérapeutique	Laroche (Guy).

Professeurs sans Chaire :

MM. Dognon (*Physique médicale*), Gaillard (*Parasitologie*), Halpen (*Oto-Rhino-Laryngologie*), Jayle M. (*Chimie médicale*), Mlle J. Lévy (*Pharmacologie*), Olivier (*Anatomie*).

II. — Agrégés en exercice

	MM.
Anatomie	Cordier. Delmas. Debeyre (f.f.
Anat. pathologique	Delarue. Mlle Gauthier Villars.
Bactériologie	Bonnet. Fasquelle.
Biochimie médicale	Ettori. Schapira.
Dermato-Syphiligra-	Degos.
Histologie	Coujard. Desclaux.
Hydrologie	Debray.
Hygiène	Boyer. Deparis.
Médecine légale	Desoille.
Neurologie	De Seze.

	MM.
Obstétrique	Digonnet. Mayer. Sureau. Varangot.
Ophtalmologie	Offret.
Oto-rhino-laryngol...	Aubin.
Parasitologie	Brumpt, L.C.
Pathologie chirurgic.	Fevre. Hugier. Leger. Merle d'Aubigné.
Psychiatrie	Baruk.
Urologie	Couvelaire.
Pathologie chirurgic.	Padovani. Patel. Roux. Rudler. Sicard.

	MERKLEN.	Pédiatrie	LAPLANE.
	BROUET.		MARIE (Jul.).
Pathologie expérim..	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	BARGETON.
	DREYFUS (G.)		PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr. ch. dén.	BROUET.
Pathologie médicale.	HAMBURGER.		
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	AMELINE.		BARIÉTY.
	BASSET.		BOULIN.
	DE GAUDART D'ALLAINES.		CHEVALIER.
Cliniq. chirurgicale.			COSTE.
	F. BRENTANO.	Clinique médicale ..	DE GENNES.
	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	MENEGAUX.		MOLLARET.
Cliniq. obstétricale .	ECALLE.		MOUQUIN.
	LACOMME.		TURPIN.
Clinique ophtalmol. .	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie .....LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté.	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur PORTES

Accoucheur de la Maternité de Port-Royal
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette Thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur GRANJON

Qui nous a autorisé à consulter ses dossiers et qui a ainsi largement facilité notre travail.
Qu'il nous permette de le remercier ici bien sincèrement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur LENORMANT
Monsieur le Professeur RATHERY (in memoriam)
Monsieur le Professeur MONDOR.
Monsieur le Docteur RAMOND.
Monsieur le Professeur CATHALA
Monsieur le Docteur DEVRAIGNE (in memoriam).
Monsieur le Professeur LEMIERRE.
Monsieur le Docteur FLANDIN.

Externat

Monsieur le Docteur GIRODE (in memoriam).
Monsieur le Docteur R. BENARD.
Monsieur le Professeur GUILLAIN.
Monsieur le Professeur DUVOIR.
Monsieur le Docteur Jean RAVINA.
Monsieur le Docteur HUBER.
Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL.
Monsieur le Docteur BOUSSER.
Monsieur le Docteur LAMY.
Monsieur le Professeur TROISIER (in memoriam).
Monsieur le Docteur LAPORTE.

Monsieur le Docteur ECALLE

Monsieur le Docteur SUZOR

A Monsieur le Professeur E. OLIVIER

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

INTRODUCTION

— Les hémorragies de la délivrance au cours des accouchements gémellaires méritent une étude spéciale du fait :

De leur fréquence, de leur gravité.

Elles en constituent en effet le facteur de mortalité maternelle le plus important.

La lecture des observations de notre statistique en série continue portant sur 1.000 accouchements gémellaires (Clinique Baudelocque de 1914 à 1944), nous a permis de noter 119 *hémorragies de la Délivrance.*

Nous étudierons à leur propos : les Circonstances étiologiques, les Symptômes, le Pronostic et le Traitement.

— Nous modifierons tout d'abord les termes de la *définition,* en y faisant rentrer un caractère propre à la gémellité ; nous considèrerons comme hémorragie de la Délivrance : une hémorragie pathologique qui survient après l'accouchement *d'un ou de deux fœtus,* avant ou après l'expulsion *d'un ou des deux placentas.*

L'hémorragie peut en effet commencer après l'expulsion du 1er jumeau et avant celle du second, de même que dans les grossesses bichoriales, elle peut se voir avant, après ou entre les 2 délivrances.

ETIOLOGIE

Nous étudierons les rapports des hémorragies de la délivrance avec :

1° *La Parité.*

Voici les chiffres :

Primipares : 58 cas.
Secondipares : 28 cas.
Multipares : 33 cas, dont :

3e pare	12
4e —	5
5e —	4
6e —	4
8e —	3
10e —	1
11e —	1

Un premier fait peut être noté : l'hémorragie de la délivrance n'est pas surtout le fait des grandes multipares comme il est fréquent au contraire au cours des grossesses simples. En effet, elle frappe un grand nombre de primipares : soit 48,75 % de nos observations.

2° *Age.*

L'âge de la mère a été noté dans les 119 observations. Voici les chiffres par année et par tranche de 5 ans.

AGE	NOMBRE DE CAS	
16.....	0	
17.....	2	
18.....	3	
19.....	2	
20.....	5	
		12
21.....	7	
22.....	6	
23.....	9	
24.....	5	
25.....	5	
		32
26.....	10	
27.....	5	
28.....	5	
29.....	3	
30.....	8	
		31
31.....	6	
32.....	8	
33.....	6	
34.....	6	
35.....	5	
		31
36.....	2	
37.....	4	
38.....	2	
39.....	1	
40.....	3	
		12
41.....	0	
42.....	1	
		1

On peut encore grouper ces chiffres plus succinctement en 2 catégories :

— au-dessous de 30 ans : 75 cas
— au-dessus de 30 ans : 44 cas

Ces chiffres sont en rapport avec ceux fournis par l'étude de la parité.

En effet, on devrait trouver le maximum d'hémorragies de la délivrance chez les multipares de 35 ans, terrain électif classique de la gémellité. Or, nous avons noté 48,75 % de primipares.

Et nous notons 63 % de femmes au-dessous de 30 ans.

Nous pouvons donc conclure que si la grossesse gémellaire intervient vraisemblablement par la surdistension utérine, facteur d'inertie, cette inertie frappe peut-être plus facilement un utérus de primipare jeune, contrairement aux notions classiques, comme si la fibre utérine, n'ayant pas déjà subi le jeu des rétractions antérieures, restait plus longtemps en état de sidération, d'inertie. Il y a donc là un premier facteur étiologique à considérer.

2° *Le type de grossesse* : uni ou bichoriale.

Nous trouvons :

grossesses bichoriales	93
— unichoriales	21
— sans renseignements	5

Soit 81,6 % de bichoriales, notion qui ne paraît pas non plus sans importance.

En effet, c'est par le type du placenta que la variété de grossesse peut intervenir comme facteur d'hémorragie de la délivrance.

Les grossesses bichoriales peuvent avoir :

— un placenta unique par fusion de 2 placentas,

— deux placentas séparés :

— soit totalement,

— soit réunis par un pont membraneux.

La présence de 2 placentas séparés paraît prédisposer aux hémorragies de la délivrance, en effet :

Sur 93 bichoriales, nous trouvons :
— 60 fois 2 placentas,
— 33 fois 1 placenta.

Ces chiffres s'écartent beaucoup des données habituelles qui fixent le placenta unique comme plus fréquent que les placentas séparés dans les grossesses bichoriales :

— Statistique de Pinard : Sur 148 bichoriales : 79 fois placenta unique, 69 fois placentas séparés ;

— Statistique personnelle, communiquée par le Docteur Granjon, concernant 100 grossesses gémellaires bichoriales où il n'y a pas eu d'hémorragie de la délivrance :

56 fois : placenta unique,
44 fois : 2 placentas.

Ainsi on note une fréquence presque 2 fois plus grande de placentas séparés dans les gémellaires bichoriales avec hémorragie de la délivrance.

Il y a là un nouveau facteur propre à la gémellité.

Le décollement des 2 placentas n'est pas toujours simultané, et nous verrons la pathogénie des hémorragies dans ce cas.

Ces 3 facteurs : âge, parité, variété de grossesse étant vus, il faut considérer les conditions étiologiques en fonction de la date d'apparition des hémorragies :

AVANT ou APRES la Délivrance

1° Etiologie des hémorragies survenant avant la Délivrance

Nous en avons noté *71 cas*.

Ces hémorragies relèvent de causes différentes suivant qu'elles surviennent :

1) Précocement pendant la phase de repos physiologique : 1/4 des cas ;
2) Ou plus tardivement, 3/4 des cas environ.

A) Les premières survenant *pendant la phase dite de repos physiologique*, sont le fait :

De décollement prématuré du placenta résultant :

— soit d'une particularité anatomique de l'œuf: insertion basse,
— soit d'incidents au cours du travail.

a) *Insertion basse du Placenta*

Nous en avons noté *5 cas* évidents ayant entraîné des hémorragies pendant les derniers mois de la grossesse et pendant le travail.

Les hémorragies de la délivrance furent abondantes et graves :

— un cas mortel, malgré 2 transfusions ;
— un cas ayant nécessité une hystérectomie secondaire pour hémorragie continue.

Mais à côté de ces cas évidents, il y a lieu de faire une large place aux placentas dont l'insertion, pour n'être pas marginale, ne déborde pas moins en partie sur le segment inférieur. Nous ne pouvons donner de chiffre exact, car les membranes

n'ont pas toujours été mesurées, mais nous avons noté souvent un petit côté inférieur à 10 centimètres pour les membranes d'un des œufs.

Il y a donc :

— soit anomalie évidente d'insertion : 4,2 %,

— soit anomalie partielle : placenta empiétant sur le segment inférieur, qu'il s'agisse d'un placenta unique, ou surtout de 2 placentas dont l'un est inséré en place normale tandis que l'autre, inséré quelquefois à plus de 10 cm., empiète forcément sur le segment inférieur.

b) *Incidents au cours du travail*, c'est-à-dire les manœuvres externes ou internes nécessitées par une cause quelconque de dystocie.

On sait la fréquence des interventions au cours des accouchements gémellaires.

Sur nos 119 cas d'hémorragies de la délivrance, nous en trouvons :

— 65 après accouchements naturels, soit 54,6 %,
— 54 » » artificiels, soit 45,4 %.

Sur ces *54 cas*, il y a eu :

— 30 fois une seule intervention,
— 22 fois 2 interventions,
— 2 fois 3 interventions.

Ces interventions se répartissent comme suit :

— 27 versions dont :
  — 3 du premier,
  — 24 du 2e ;

— 29 forceps dont :
  — 22 sur le premier,
  — 7 sur le 2e ;

— 17 extractions de siège dont :
— 6 du premier,
— 11 du 2e ;

— 1 embryotomie sur le 2e,
— 2 versions par manœuvres externes,
— 4 incisions du col.

Soit 74 extractions artificielles de jumeaux :
— 43 du 2e,
— 31 du premier.

Nous pensons que l'extraction artificielle de 74 enfants sur 238, soit 31,1 % n'est pas sans rapport avec la fréquence des hémorragies de la délivrance au cours des accouchements gémellaires.

Toute extraction artificielle peut réaliser, par des mécanismes divers, un décollement prématuré d'un ou des 2 placentas. Ajoutons à ces extractions artificielles, les versions par manœuvres externes qui peuvent être dangereuses.

Ces chiffres ne prennent d'ailleurs toute leur valeur que si l'on compare la fréquence des hémorragies au cours des accouchements artificiels ou naturels dans nos 1.000 observations.

Nous trouvons :

— 54 hémorragies sur 319 accouchements artificiels, soit 16,91 % ;
— 65 hémorragies sur 681 accouchements naturels, soit seulement : 9,54 %.

Il y a donc près de 2 fois plus d'hémorragies de la délivrance après accouchement artificiel.

La fréquence des interventions nécessitées par les accouchements gémellaires est donc un des facteurs des délivrances hémorragiques.

B) *Les hémorragies survenant au 2e temps de la délivrance.*

Elles sont les plus fréquentes : 3/4 des cas. Elles sont le fait : rarement d'adhérences placentaires, presque toujours d'anomalies de la contraction.

a) *Les adhérences Placentaires sont rares.*

Nous en avons noté 2 cas : 2 fois en effet, il y avait adhérence vraie, ou tout au moins cliniquement telle et la délivrance artificielle nécessitée par l'hémorragie a été longue et laborieuse.

b) *Les Anomalies de la contraction* sont les causes les plus fréquentes.

1°) *Par excès,* elles sont rares. Nous notons quand même 3 cas d'enchatonnement dans une corne :

— 2 fois du Placenta unique,
— 1 fois d'un des 2 Placentas.

2°) C'est par défaut, c'est-à-dire *par inertie,* qu'elles sont les plus fréquentes.

Nous analyserons les différentes causes de cette inertie qui paraît bien le facteur étiologique capital.

Elle peut relever :
— d'états pathologiques préexistants au travail, tels la distension utérine et le fibrome ;
— de fatigues liées à l'évolution du travail auxquelles peuvent s'associer des causes générales.

a') *La Distension utérine* est due au fait de la gémellité ; elle est en rapport avec le volume du contenu utérin dont nous allons voir l'importance.

Ce contenu est représenté par :

— les Jumeaux,
— le ou les Placentas,
— la quantité de liquide amniotique.

Or, l'Hydramnios n'a pas été noté plus de 5 fois sur 119, et le poids du placenta ne varie guère que de 500 gr. au plus. Seul le poids des Jumeaux importe : c'est lui que nous allons examiner.

On a additionné le poids des 2 Jumeaux et nous donnons les chiffres par tranches de 500 gr.

POIDS DES 2 JUMEAUX	NOMBRE DE CAS
Au-dessous de 2.500 gr.	3
De 2.600 gr. à 3.000 gr.....	3
De 3.100 gr. à 3.500 gr.....	4
De 3.600 gr. à 4.000 gr.....	8
De 4.100 gr. à 4.500 gr.....	18
De 4.600 gr. à 5.000 gr.....	22
De 5.100 gr. à 5.500 gr.....	24
De 5.600 gr. à 6.000 gr.....	13
De 6.100 gr. à 6.500 gr.....	19
De 6.600 gr. à 7.000 gr.....	3
De 7.100 gr. à 7.500 gr.....	2

Le poids total des 2 Jumeaux est donné habituellement comme variant entre 5.000 et 5.500 gr. Or, nous trouvons :

— 24 fois un poids normal,
— 58 fois un poids inférieur,
— 37 fois un poids supérieur.

Mais, les poids inférieurs sont habituellement très fréquents tandis que les poids supérieurs sont plus rares. Ainsi, nos 22 cas, soit 18.49 % où le poids des deux jumeaux est supérieur à 6 kilos et atteint et dépasse parfois 7 kilos, paraissent à retenir puisque ce pourcentage dépasse celui fourni par la statistique générale.

En conclusion : Le volume du contenu utérin rendant compte de la distension utérine paraît jouer dans un certain nombre de cas surtout lorsque le poids des 2 Jumeaux dépasse 6.000 grammes : 18,49 %.

b') *Les Utérus fibromateux* doivent être signalés dans les états pathologiques préexistants au travail.

Ils prédisposent ici comme ailleurs aux hémorragies de la délivrance. Nous en avons trouvé 3 cas.

c') *Les états pathologiques de l'Utérus liés à l'évolution du travail.*

Il est classique de signaler à ce propos, des utérus fatigués par un travail prolongé et dystocique.

Cette durée du travail a été notée dans 113 cas sur 119.

Voici les chiffres par tranches de 5 heures :

DURÉE DU TRAVAIL	NOMBRE DE CAS
De 1 à 5 heures.....	29
De 6 à 10 heures.....	24
De 11 à 15 heures.....	17
De 16 à 20 heures.....	16
De 21 à 25 heures.....	2
De 26 à 30 heures.....	3
De 31 à 35 heures.....	3
De 36 à 40 heures.....	5
De 41 à 45 heures.....	1
De 46 à 50 heures.....	3
De 51 à 55 heures.....	3
57 heures.....	1
70 heures.....	1
127 heures.....	1

Ces chiffres ne permettent aucune conclusion de prime abord puisque les durées du travail s'échelonnent entre 2 heures et 127 heures.

On peut quand même constater 2 faits :

1°) D'une part des durées de travail très courtes : En effet, nous notons 29 cas de moins de 5 heures, soit 24,29 % après lesquels l'utérus qui a été surmené ne réagit plus.

2°) D'autre part, des durées de travail très longues :

18 cas s'échelonnent en effet entre 31 et 127 heures, soit 15,11 % après lesquels l'utérus fatigué à l'extrême, présente une inertie complète et prolongée. En réalité, la durée du travail n'est qu'un élément dans l'étiologie des hémorragies de la délivrance.

Nous pensons qu'à côté de la durée du travail proprement dite : *la durée de l'expulsion* n'est pas sans rapport avec la fatigue ultérieure du muscle utérin, c'est-à-dire, avec l'inertie et les hémorragies.

Or, la durée de l'expulsion apparaît plus longue au cours des accouchements gémellaires et ceci pour plusieurs raisons :

— utérus surdistendu,
— durée plus longue du travail,
— mauvaise adaptation,
— insuffisance de la poussée utérine qui se fait par l'intermédiaire du premier jumeau,
— fréquence des occipito sacrées.

Nous avons calculé la durée de l'expulsion du premier jumeau.

Ces chiffres correspondent au temps écoulé de-

puis la dilatation complète jusqu'à l'accouchement naturel ou artificiel.

Nous avons fait un tableau de ce temps en minutes que l'on peut résumer de la façon suivante :
— dans 67 cas, moins d'1 heure, soit 56,30 %,
— dans 25 cas entre 1 h. et 2 heures, soit 21 %,
— dans 27 cas 2 heures au plus, soit 22,70 %.

On voit donc la fréquence des expulsions longues qui s'inscrivent dans la liste des facteurs étiologiques de l'inertie.

Un 2e facteur propre à la gémellaire est *l'intervalle de temps qui sépare l'accouchement des 2 fœtus*, accouchement spontané ou artificiel. Ce fait des 2 accouchements trouble le mécanisme classique de la délivrance :

INTERVALLE ENTRE L'ACCOUCHEMENT DES 2 FŒTUS	NOMBRE DE CAS
5 minutes	7
10 minutes	30
15 minutes	30
20 minutes	10
25 minutes	6
30 minutes	14
35 minutes	2
45 minutes	2
50 minutes	3
1 heure	1
1 h. 10	1
1 h. 10	1
1 h. 15	1
1 h. 20	1
1 h. 40	2
1 h. 45	2
2 heures	1
2 h. 30	1
3 heures	1
3 h. 30	1
5 heures	1
16 heures	1
18 h. 30	1

On voit donc la fréquence des cas s'écartant des chiffres habituels.

L'accouchement des 2 fœtus a été séparé par un intervalle dépassant 30 minutes dans 22 cas, soit 18,49 %. Ce retard à l'expulsion du 2e jumeau s'ajoute sans nul doute aux facteurs suscités ; l'inertie qui est la cause de ce long intervalle entre les 2expulsions sera plus tard la cause de l'hémorragie.

d') Enfin, ici comme ailleurs, on peut dans l'étiologie de ces hémorragies faite la part :

Des troubles de l'état général.

C'est ainsi que nous avons noté :

— 16 albuminuriques, soit 13,45 %,
— 3 éclamptiques,
— 2 tuberculoses pulmonaires,
— 1 sclérose en plaques.

IIe Etiologie des Hémorragies survenant après la Délivrance

Nous en avons noté *38 cas.*

Elles sont le fait :

1°) *D'inertie secondaire :* 36 cas, inertie qui relève du même facteur que l'inertie primitive : surdistension utérine, travail prolongé, etc...

11°) *De rétention placentaire partielle exceptionnelle,* car c'est dans 3 cas seulement que la révision utérine a ramené des débris placentaires.

111°) Une place à part doit être faite aux hémorragies de la délivrance survenant au cours des

grossesses bichoriales à *placentas séparés : 60 cas.*

La présence de 2 placentas séparés dans l'utérus, prédispose aux hémorragies de la délivrance par des mécanismes multiples dont nous avons déjà signalé quelques exemples :

— Insertion d'un des placentas sur le segment inférieur.

— soit en totalité,

— soit en partie.

— Décollement séparé des placentas et traction du 1er sur le 2e en voie de décollement par l'intermédiaire des membranes.

— Décollement traumatique d'un placenta inséré sur une face ou latéralement au cours d'une extraction artificielle d'un jumeau.

— Inertie utérine localisée : l'utérus ayant fait les frais d'un décollement placentaire, n'achève pas le décollement du 2e qui joue le rôle du cotylédon aberrant d'un placenta unique.

Il y a là des faits propres à la grossesse gémellaire qui, nous pensons, méritaient d'être signalés.

IV°) Nous ne savons rien des *troubles* de la coagulation chez ces 119 femmes ; nous ignorons en particulier si leur existence a un rapport quelconque avec la gémellité.

V°) Par contre, nous ne saurions clore ce chapitre des facteurs étiologiques sans signaler que les *anesthésies* nécessitées par les extractions artificielles ont sans doute leur rôle comme causes d'inertie utérine, c'est ainsi que :

54 femmes ayant présenté des hémorragies, soit 45,30 % ont subi 1 et quelquefois 2 anesthésies.

ETUDE CLINIQUE

Il faut distinguer 6 types d'hémorragies de la délivrance suivant leur moment d'apparition.

Nous donnerons d'abord leur fréquence :

1° Hémorragie avant la délivrance : 71 cas, soit 59,65% ;

2° Hémorragie après délivrance naturelle : 38 cas, soit 31,93 % ;

3° Hémorragie après délivrance artificielle pour non décollement : 2 cas, soit 1,68 % ;

4° Hémorragie après délivrance artificielle systématique : 3 cas, soit 2,52 % ;

5° Hémorragie entre délivrance du 1er et du 2e : 5 cas, soit 4,2 % ;

6° Hémorragie après l'expulsion du 1er fœtus ; 2 cas compris dans les 71 sus-cités.

A) — Les Hémorragies avant la délivrance

Elles sont les plus fréquentes et aussi les plus graves. Nous avons vu qu'elles peuvent apparaître dans deux conditions :

— soit immédiatement par décollement prématuré : 1/4 des cas ;

— soit secondairement par anomalie de la contraction : 3/4 des cas.

Nous n'insisterons pas sur leur symptomatologie qui n'a rien de très spéciale, mais nous dirons pourtant que :

a) L'hémorragie externe est presque la règle : 69 cas, alors que l'hémorragie intra-utérine non extériorisée est l'exception (2 cas).

b) C'est une hémorragie souvent très abondante : plus de 1.000 gr.

c) Les signes fonctionnels et généraux qui l'accompagnent sont des plus marqués : pâleur intense, muqueuse décolorée, soif vive, tendance syncopale.

d) L'état de shock est plus fréquent : 19 cas sur 71, soit 26,71 %.

B) — Hémorragies après la délivrance naturelle

Elles sont à la fois moins fréquentes et moins graves.

Nous en avons relevé 38 cas. Elles surviennent souvent après les délivrances qui se sont produites tardivement après l'accouchement.

Voici les chiffres :

— Délivrances moins de 30 minutes après : 13 cas
— » 30 minutes après : 10 cas
— » de 30 à 60 minutes après : 13 cas.
— » plus d'une heure après : 3 cas

On peut admettre qu'après 30 minutes, il y a retard, sinon anomalie, et nous trouvons 16 cas de ce type, soit 41 %.

Nous allons étudier par ailleurs leurs rapports avec :

1°) *La Parité :* nous trouvons :
— Primipares, 18, soit 47,35 %;
— Secondipares, 12,
— Multipares, 9.

2°) *L'âge moyen* est de 26 ans 1/2.

3°) *La durée du travail,* compte tenu, de : 12 secondipares et 9 multipares.
La durée moyenne est de 17 heures 15.

4° *Les interventions antérieures :*
Accouchements naturels : 24 cas, soit 65,75 %,
Accouchem. artificiels : 14 cas, soit 36,85 %.
— d'un jumeau : 10 fois,
— des deux : 4 fois.

Au point de vue clinique, elles peuvent revêtir tous les types. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragies extériorisées qui peuvent être soit peu abondantes, mais continues avec signes d'hémorragie interne, apparue secondairement, soit très abondante d'emblée de 500 à 800 gr. et plus, nécessitant une thérapeutique d'urgence.

Enfin, dans *9 cas* sur 39, il s'y associe des signes de shock.

C) Les Hémorragies après la délivrance artibicielle pour non décollement du placenta

On en a noté 2 cas. Voici le résumé des observations :

PREMIER CAS (Obs. 1.293, année 1929). — Secondipare de 34 ans. Présentation de l'épaule du 2° fœtus. Version par manœuvres internes sous anesthésie. Au bout de 2 heures classiques, le placenta n'était pas décollé, on se décide à faire une D.A. Syncope anesthésique de courte durée. La délivrance facile ramène 2 placentas. Il survient alors une hémorra-

gie de la délivrance. L'utérus reste mou. On fait un tamponnement utéro-vaginal. La malade meurt 2 heures après.

DEUXIÈME CAS (Obs. 338, année 1944). — Primipare de 40 ans fibromateuse. Travail de 15 h. 30. Incision du col à petite paume pour souffrance fœtale. Extraction des 2 jumeaux par forceps. On attend en vain la délivrance pendant le délai classique de 2 heures. On pratique alors une D.A. facile sous anesthésie au chloroforme. Immédiatement après, hémorragie de 1 litre avec signes de shock grave. Un traitement d'urgence : hypophyse dans le muscle utérin, tonicardiaque, sérum adrénaliné, transfusion de 400 gr., permet de sauver de justesse la malade.

Ces 2 cas, dont 1 mortel, montrent les dangers de différer les délivrances artificielles lorsque les accouchements gémellaires ont nécessité des interventions sous anesthésie.

D) — Les Hémorragies après la délivrance artificielle systématique

Consécutives à des interventions par voie basse. Nous devons signaler 3 cas d'hémorragies qui se sont produites après des délivrances artificielles systématiques.

Ces délivrances ont été faites chez :

— une primipare de 22 ans,
— 2 secondipares de 30 et 32 ans.

Les durées de travail étaient 10, 15 et 17 heures.

Les jumeaux ont été extraits artificiellement : forceps, sièges ou version.

Il s'agissait 3 fois de grossesse bichoriale avec placentas séparés. Ces hémorragies se sont produites : 15 minute, 30 minutes et 1 heure après la délivrance.

— Une fois hémorragie externe légère. Traitement médical, suites normales.

— Une fois hémorragie moyenne avec accélération du pouls. Révision utérine qui ne ramène que des caillots. Traitement médical. Suites normales.

— Une fois : hémorragie avec signes de shock. La révision utérine ramène quelques caillots. Suites de couches, légèrement fébriles.

Remarquons à propos de ces hémorragies que :

1° Deux cas seulement rentrent dans notre définition, puisqu'une fois il n'y avait pas de signes généraux.

2° Ces deux cas correspondent à 38 délivrances artificielles systématiques.

3° Il s'agit de cas anciens (1920) où il n'avait pas été fait d'hypophyse après les D.A.

4° Les conséquences n'ont pasétégraves.

E) — Les Hémorragies après la délivrance du 1er placenta et avant la délivrance du 2e

Nous en avons noté 5 cas.

Il s'agit d'hémorragies propres aux grossesses gémellaires bichoriales à placentas séparés.

Aussi nous donnerons le résumé succinct de ces 5 observations.

1° OBSERVATION N° 1.000, année 1920.

Secondipare 26 ans D.T.: 12 heures. Accouchement naturel des 2 jumeaux (2.900 + 2.020), D.N. du 1er placenta : 30 minutes après. Poids 520 gr. Hémorragie externe abondante. On se prépare à une D.A., mais on constate que le 2e placenta est décollé. Poids 300 gr. suites normales.

2° OBSERVATION N° 1.556, année 1921.

Primipare, 35 ans, D.T. 18 h. 45. Accouchement naturel des 2 jumeaux. Poids 2.440 et 2.270. D.N. du 1er placenta, 20 minutes après, pesant 400 gr. Hémorragie externe. D.A. du 2e placenta 30 minutes après. Poids 400 gr. Suites de couches fébriles.

3° OBSERVATION N° 78, année 1930.

Secondipare, 34 ans. Durée du travail 2 h. 10. Accouchement naturel des 2 jumeaux. Poids 2.200 et 2.400 gr. D.N. du 1er placenta 15 minutes après. Poids 400 gr. Hémorragie externe. D.A. du 2e placenta 15 minutes après. Poids 400 gr. Suites de couches fébriles.

4° OBSERVATION N° 998, année 1931.

Huitième pare, 32 ans. D.T. 6 h. 35. Hémorragie pendant le travail par placenta proevia. Accouchement naturel du 1er jumeau (poids 2.700) suivi de son placenta (500 gr.). Hémorragie externe abondante. Accouchement naturel du 2e jumeau (2.460 gr.) suivi de son placenta (630 gr.). Hémorragie externe avec shock. Transfusion de 300 gr. Traitement médical. Nouveau shock 2 heures après. Transfusion de 300 gr. Mort 8 heures après par collapsus.

5° OBSERVATION N° 806, année 1939.

Troisième pare de 21 ans. D.T. 2 h. 20. Accouchement naturel du 1er jumeau (2.980 gr.). Version du 2e, 50 minutes après pour inertie utérine (3.430 gr.). D.N. du premier placenta (500 gr.). Hémorragie externe abondante, 1.500 gr. plus shock D.A. du 2e placenta plus traitement médical. Sérum adrénaliné. Suites de couches normales.

L'étude de ces cas montre que cliniquement, le fait de constater la délivrance naturelle d'un placenta ne préjuge en rien du décollement du 2e placenta.

Ces délivrances séparées prédisposent aux hémorragies. 3 fois, en effet, une hémorragie abondante a nécesité une délivrance artificielle rapide.

F) — Hémorragie après l'expulsion du premier jumeau

Nous en avons noté 2 cas.

Dans le 1er cas, l'hémorragie est survenue après l'accouchement d'un premier jumeau macéré en présentation du siège : hémorragie de 300 gr. Le 2e jumeau a été extrait après version par manœuvres internes. L'hémorragie étant arrêtée, on n'a pas jugé utile de faire une délivrance artificielle immédiate. Mais celle-ci fut nécessaire 2 heures plus tard suivie bientôt d'une hémorragie importante avec shock mortel.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un placenta proevia, ayant saigné abondamment pendant le travail. L'hémorragie qui continuait après l'expulsion du 1er jumeau a imposé une version par manœuvres internes du 2e, suivie d'une délivrance artificielle immédiate, 2 transfusions de 300 et 400 gr. environ.

TRAITEMENT

Nous verrons tout d'abord le traitement qui a été appliqué à ces hémorragies avant d'étudier leurs conséquences immédiates et leurs suites qui dépendent d'ailleurs en partie de ce traitement, ce qui nous permettra de discuter la valeur de ce traitement et d'en tirer des conclusions.

1° Les Hémorragies avant la délivrance

Soixante-quatre hémorragies sur 71 ont été traitées par délivrance artificielle. Nous avons noté

les temps après lesquels ces D.A. ont été faites. On remarque que beaucoup ont été tardives, plus d'une heure après l'accouchement :

— soit que l'hémorragie ait été tardive,
— soit qu'un suintement continu et peu abondant n'ait pas inquiété au début,
— soit que la hauteur utérine n'ait pas inquiété parce qu'il s'agissait d'un utérus de gémellaire.

Nous pensons que ce retard est sans doute préjudiciable, car il semble qu'en matière de gémellaire, un placenta qui n'est pas décollé au bout d'une heure, a peu de chances de l'être secondairement.

Effectivement, nous trouvons 32 cas sur 71, où la délivrance a été faite pour hémorragie survenue entre 1 heure et 2 heures après l'accouchement. L'attente de la délivrance naturelle au delà du délai d'une heure, n'a pas évité la D.A. et a permis au contraire à l'hémorragie de se produire accompagnée souvent de signes de shock.

2° Les Hémorragies après délivrance naturelle

Dans 9 cas sur 38 on a fait une révision utérine ; ces 9 révisions ont ramené 3 fois seulement des débris placentaires.

Dans 29 cas où le placenta paraissait complet, on s'est contenté d'un traitement médical associé parfois à des injections chaudes intra-utérines.

3° Les Hémorragies après délivrance artificielle systématique

2 cas sur 3 ont été traités par révision utérine qui n'ont ramené d'ailleurs que des caillots.

4°) Les Hémorragies entre les 2 délivrances

Elles ont nécessité 3 fois sur 5 une délivrance artificielle du 2e placenta.

Ajoutons à ces traitements obstétricaux, l'aide très sérieuse apportée par les traitements médicaux. Mais cette statistique portant sur 30 années d'observations, les moyens employés au début n'étaient certainement pas aussi efficaces que ceux dont on on disposait dans les dernières années : qu'il s'agisse de combattre :

— l'hémorragie par l'hypophyse,
— le shock par les extraits surrénaux.

Enfin nous avons noté seulement dans 9 observations des transfusions sanguines. Chez 3 de ces femmes, on a même fait 2 transfusions, vu la gravité de l'état général.

CONSEQUENCES ET PRONOSTIC

L'évolution de ces hémorragies de la délivrance dans les observations que nous avons relevées se traduit ainsi :

— Suites de couches normales : 42 cas, soit 35,34 %.
— Suites de couches subfébriles : 10 cas, soit 8,5 %.
— Suites de couches fébriles + endométrite : 51 cas, soit 42,8 %.

— Suites de couches fébriles + phlébite : 3 cas, soit 2,54 %.
— Décès : 13 cas, soit 10,91 %.

Répétons encore que ces chiffres assez sévères intéressent en partie une période où n'existaient ni hypophyse, ni extraits surrénaux, ni sulfamides, agents électifs de la lutte contre l'hémorragie, le shock et l'infection.

Nous n'avons noté que 3 cas de phlébite, alors que toutes les conditions paraissent classiquement réalisées ici : hémorragie, manœuvres intra-utérines, infection. Ces 3 phlébites ont guéri.

Enfin les 13 décès ne sont pas tous imputables aux hémorragies de la délivrance proprement dite.

En effet : dans un cas, la mort est due à un placenta proevia ayant déjà saigné, dont l'hémorragie de la délivrance ne fut que l'épisode terminal.

Dans un cas, il s'agit d'une mort tardive le 15e jour due à une hémorragie cérébrale vérifiée anatomiquement. Par contre, 11 décès paraissent directement en rapport avec les hémorragies de la délivrance ou ses suites.

Voici le résumé des observations :

1° Deux cas de mort où les signes d'hémorragie interne prédominent :

a) OBSERVATION N° 1.357, année 1923.

Primipare 30 ans. D.T.: 37 heures. Accouchement naturel 2 fœtus (3.140 gr., 3.250 gr.). Hémorragie intra-utérine. D.A. 1 heure 40 après. Placenta adhérent. Traitement médical. Transfusion. Inertie utérine. Hémorragie continue. Décès : 4 heures après.

b) OBSERVATION N° 1.293, année 1929 (déjà vue).

2° Quatre cas où des signes de shock s'associent à l'hémorragie.

a) OBSERVATION N° 578, année 1920.

Primipare 27 ans. Travail 31 heures. Expulsion 2 heures. Accouchement naturel (1.700 gr., 1.060 gr.). Hémorragie avant la délivrance. D.A. 1 heure après. Etat de shock. Mort 4 heures après l'accouchement.

b) OBSERVATION N° 185, année 1932.

Primipare 31 ans. Travail 24 heures. 2 forceps (2.300 gr. et 2.400 gr.). Hémorragie externe + shock 1 heure après. D.A. 1 heure 10 après l'accouchement. Nouvelle hémorragie + shock. Décès 2 heures 20 après l'accouchement.

c) OBSERVATION N° 2.542, année 1933.

Secondipare 21 ans. Travail 3 heures 20. Accouchement naturel (3.150 gr. et 2.950 gr.). Hémorragie externe + shock. D.A. 2 heures après. Nouveau shock 3 heures après. Décès 10 heures après l'accouchement.

d) OBSERVATION N° 1.114, année 1935.

Primipare 29 ans. D.T.: 23 heures. Accouchement naturel (2.300 gr. et 2.940 gr.). Hémorragie interne + shock. D.A. 2 heures 20 après. Second shock 3 heures plus tard. Décès 7 heures après l'accouchement.

3° Quatre décès sont le fait d'infection puerpérale survenue après hémorragie de la délivrance consécutives :

— 2 fois à des accouchements artificiels,
— 2 fois à des accouchements naturels.

a) OBSERVATION N° 673, année 1923.

Troisième pare, 31 ans. D.T.: 5 heures. Accouchement natures (3.450 gr. et 3.070 gr.). Hémorragie avant la délivrance D.A. 1 heure 40 après. Septicémie à strepto. Décès.

b) OBSERVATION N° 846, année 1924.

Primipare, 33 ans. D.T.: 70 heures. Forceps (2.390 gr.). Version (2.600 gr.). Inertie utérine. Hémorragie + shock. D.A. 45 minutes après. Septicémie. Décès le 40e jour.

c) OBSERVATION N° 290, année 1930.

Cinquième pare, 38 ans. D.T. 37 heures. Accouchement naturel (3.200 gr. + 2.540 gr.). Hémorragie externe + shock. D.A. 2 heures après. Compression de l'aorte Transfusion (200 gr.). Septicémie. Décès le 8e jour.

d) OBSERVATION N° 3.077, année 1938.

Secondipare 23 ans. D.T.: 17 heures 30. Extraction de siège (3.100 gr.). Face (2.550 gr.). Hémorragie externe. D.A. 1 heure 30 après. Septicémie. Décès.

4° Enfin : 1 décès par *ictère grave*.

OBSERVATION N° 1.858, année 1937.

Primipare 19 ans, albuminurique. D.T.: 4 heures. Forceps (2.370 gr.), Version (1.970 gr.). Délivrance naturelle : 35 minutes après. Hémorragie continue après la délivrance. Révision utérine ne ramenant rien. Deux transfusions de 150 et 300. Hémorragie continue. Ictère grave. Décès le 4e jour.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, on peut résumer les données de la statistique et essayer d'en tirer quelques directives thérapeutiques.

1° *Fréquence :* 119 cas sur 1.000 accouchements, soit 11,9 %.

Une telle fréquence ne se rencontre qu'au cours des grossesses gémellaires (grossesses simples, 2,70 %).

2° *Date d'apparition :*

— 70 avant la délivrance,
— 39 après délivrance naturelle,
— 5 après délivrance artificielle,
— 5 entre les 2 délivrances.

La fréquence des hémorragies après la délivrance est encore le propre des utérus inertes secondaires aux accouchements gémellaires.

3° *Etiologie.*

Toutes les causes rencontrées en dehors de la gémellité peuvent s'observer ici :

— 5 cas de Placenta proevia,
— 3 cas chez les fibromateuses,
— 3 cas de rétention placentaire partielle.

Mais la gémellité prédispose aux hémorragies par les facteurs suivants souvent associés :

1) *Sur distension utérine* en rapport plus avec le poids des jumeaux qu'avec la quantité de

liquide. Ce poids habituellement ne dépasse pas 6 kilos.

Dans 37 cas, on l'a trouvé supérieur.

2) *Durée du travail :* souvent très longue : 18 cas entre 31 et 127 heures.

3) *Durée de l'expulsion :*

Dans 25 cas, entre 1 heure et 2 heures.
Dans 27 cas : 2 heures au plus.

4) *Intervalle entre les 2 accouchements :*

Dans 22 cas : plus de 30 minutes.

5) *Fréquence des interventions et partant des anesthésies :*

54 femmes ayant subi 1 ou 2 interventions sous anesthésie générale.

6) *Les placentas séparés :*

60 cas de grossesse bichoriale à placentas séparés.

4° *Clinique.*

Les hémorragies survenant avant la délivrance sont les plus fréquentes. Les plus graves sont celles de la deuxième heure, elles s'accompagnent alors fréquemment de shock.

5° *Pronostic.*

La fréquence des hémorragies de la délivrance aggrave considérablement le pronostic des accouchements gémellaires qui sont ainsi grevés.

D'une mortalité importante :

— soit et surtout immédiate par hémorragie,
— soit secondaire par infection.

D'une morbidité non moins fréquente due au fait :

— de l'hémorragie et son terrain anémique secondaire qui prédispose à l'infection,
— des manœuvres intra-utérines qu'elle nécessite.

6° *Thérapeutique.*

L'étude détaillée des facteurs de mortalité montre que les cas mortels sont le fait d'hémorragie survenant avant la délivrance :

— soit après accouchement artificiel, sous anesthésie, où l'on a rejeté la délivrance artificielle systématique,
— soit après accouchement naturel où l'on a attendu trop longtemps (plus d'une heure), la délivrance naturelle.

Lorsque l'hémorragie survient, la thérapeutique mise en œuvre, malgré les moyens actuels, n'est pas toujours suffisante et efficace.

Nous avons vu le nombre de facteurs qui prédisposent aux hémorragies de la délivrance au cours des accouchements gémellaires.

Aussi, il nous semble logique d'orienter la thérapeutique vers la prévention ; il faut prévenir l'hémorragie et ses conséquences : shock et infection.

1) *Prévenir l'hémorragie* : c'est possible dans certains cas.

a) *après les accouchements artificiels* sous anesthésie en faisant une délivrance artificielle systématique suivie d'injection d'hypophyse dans le muscle utérin et d'une injection intra-musculaire d'ergotine qui prolonge les effets de l'hypophyse.

b) *après les accouchements naturels* en ne prolongeant pas l'attente de la délivrance natu-

relle au delè d'une heure.

c) *après les délivrances naturelles* et complètes en faisant systématiquement hypophyse et ergotine intra-musculaire pour lutter contre l'inertie utérine si fréquente.

2) *Eviter l'infection* par une thérapeutique sulfamidée systématique, précoce et intensive toutes les fois où il y a eu hémorragie et manœuvres intra-utérines.

OBSERVATIONS

Nous apportons ici le résumé des 119 observations d'hémorragies de la délivrance survenues sur une série de 1.000 accouchements gémellaires qui ont eu lieu à la Clinique Baudelocque, de 1914 à 1944.

Année 1914.

OBSERVATION N° 685.

Secondipare de 25 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 2 h.20. D.E. 30 minutes. J1 2.900 gr., J2 2.400 gr. D.N.C. 15 minutes après. Poids du placenta unique 1.080 gr. Hémorragie externe. Ther.: révision utérine. Suites de couches normales.

Année 1915.

OBSERVATION N° 672.

Primipare de 17 ans. Grossesse unichoriale. Albuminurie moyenne durant la grossesse. D.T. 16 heures. D.E. 1 heure. Version par manœuvres internes sur le 2e jumeau pour présentation de l'épaule. J1 2.900 gr., J2 1.450 gr. D.N.C.40 minutes après. Placenta 870 gr. Hémorragie externe. Traitement médical. S.d.c. normales.

OBSERVATION N° 843.

Sixième pare de 39 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie durant la grossesse. D.T. 7 heures 20. D.E. 20 minutes. J1 3.550 gr. O.P. ,J2 3.580 gr. siège. Pl. 1.080 gr. 2 masses. Hémorragie externe avant la délivrance. Tt ; D.A. 20 minutes après. S.d.c. subfébriles.

OBSERVATION N° 1.137.

Primipare de 26 ans. G.R. bichoriale. D.T. 14 h. 30. D.E. 3 heures. J1 2.700 gr. O.P., J2 1.900 gr. 3 minutes après. D.N.C. 900 gr. Hémorragie externe + hémorragie interne 30 min. après avec shock. Tt médical. S.d.c. normales.

Année 1916.

OBSERVATION N° 630.

Secondipare de 33 ans. G.R. unichoriale. D.T. 15 h. 40. D.E. 40 minutes. J1 2.150 S.I. et J2 2.120 S.2 20 min. après. Placenta 85 ogr. unique. Hémorragie externe avantla délivrance. Thérapeutique D.A. S.d.c. normales.

Année 1917.

OBSERVATION N° 815.

Primipare de 40 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie pendant la grossesse. D.T. 25 h. 30. D.E. 1 h. 20. 1er jumeau siège, 2e jumeau sommet. J1 2.200 gr., J2 1.650 gr. 30 minutes après. Placenta unique 700 gr. Hémorragie externe avant. Trt : D.A. 20 minutes après. S.d.c. normales.

OBSERVATION N° 1226.

Sixième pare de 32 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 2 heures 45. D.E. 55 minutes. Siège pour le 2e jumeau. J1 2.750 gr. J2 3.100 gr. Placenta unique 920 gr., 30 minutes après. Hémorragie externe avant la délivrance. Tt : D.A. 30 minutes après. S.d.c. normales.

Année 1918.

OBSERVATION N° 251.

Primipare de 23 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie pendant la grossesse. D.T. 17 h. 45. D.E. 45 minutes. J1 siège, J2 siège. J1 3.400 gr., J2 2.300 gr. Placenta 450 gr., 30 minutes après en deux masses. Hémorragie externe plus shock léger avant la délivrance. Délivrance effectuée artificiellement. S.de.C. fébriles avant endométrite.

OBSERVATION N° 597.

Primipare de 30 ans. Grossesse bichoriale. Inertie utérine pendant le travail. D.T. 55 heures. D.E. 30 minutes. Forceps sur le 1er et le 2e jumeau. J1 2.370 gr., J2 2.940 gr. Placenta, 950 gr. en 2 masses. Délivrance artificielle 30 minutes après l'hémorragie externe par l'inertie. S.d.c. norm.

OBSERVATION N° 969.

Primipare de 23 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 6 h. 45. D.E. 30 minutes. Accouchements normaux des 2 jumeaux. J1 2.700 gr., J2 2.200 gr. Placenta 1.050 gr. Hémorragie externe après la délivrance naturelle. Tt: révision utérine. S.d.c. fébriles pendant 8 jours.

OBSERVATION N° 1.543.

Quatrième pare de 37 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie légère. D.T. 8 heures. D.E. 30 minutes. 1er jumeau : accouchement normal ; J2 siège. — J1 2.800 gr., J2 3.000 gr. Placenta 1.000 gr. 30 minutes après. Hémorragie externe légère 35 minutes après la délivrance naturelle. Tt médical. S.d.c. normales.

Année 1919.

OBSERVATION N° 24.

Dixième pare de 36 ans. Grossesse bichoriale. Avant le travail, 4 tentatives de version par manœuvres externes. D.T. 4 heures 50. D.E. 35 minutes. Version sur les 2 jumeaux. J1 2.500 gr., J2 2.600 gr. Placenta 1.020 gr. Hémorragie externe légère avant la délivrance. Délivrance artificielle 10 minutes après. S.d.c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 339.

Troisième pare de 37 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 2 heures. D.E. 30 minutes. Accouchements normaux. J1 2.530 gr., J2 1.950 gr. Placenta 868 gr. 15 minutes après. Hémorragie externe légère 25 minutes après D.N. Tt médical, injections chaudes. S.d.c. subfébriles.

OBSERVATION N° 542.

Primipare de 35 ans, grossesse bichoriale. D.T. 16 h. 50. D.E. 1 h. 50. J1 accouchement normal. J2 siège. J1 2.480 gr., J2 2.540 gr. Placenta 730 gr. deux masses 15 minutes après.

Hémorragie externe avant la délivrance. Tt: délivrance artificielle au bout de 1 h. 30. S.d.c. normales.

OBSERVATION N° 759.

avant la grossesse. D.T. 18 heures. D.E. 2 h. 30. Forceps sur
Primipare de 32 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie le 1er, siè gepour le second. J1 2.900 gr., J2 2.620 gr. Placenta 720 gr. deux masses. Hémorragie externe avant la délivrance pratiquée artificiellement au bout de 2 heures. S.d.c. fébriles, endométrite.

Année 1920.

OBSERVATION N° 146.

Primipare de 28 ans. Grossesse bichoriale. Albuminurie 3 à 6 gr. pendant la grossesse. D.T. 5 h. 15. D.E. 30 minutes. J2 siège. J1 2.910 gr., J2 2.090 gr. Placenta: 1.000 gr. 1 masse. Hémorragie externe avant la délivrance, accompagnée de shock. Tt D.A. S.d.c. normales.

OBSERVATION N° 304.

Primipare de 36 ans. Gr. bichoriale. D.T. 17 h. 15. D.E. 1 h. 15. Forceps sur les deux jumeaux. J1 2.200 gr., J2 2.300 gr. Placenta 610 gr. une masse. Hémorragie externe avant la délivrance. Tt D.A. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 407.

Primipare 31 ans. Gr. bichoriale. D.T. 22 h. D.E. 20 minutes. Accouchements normaux: J1 2.000 gr., J2 1.780 gr. Placenta 720 gr. 2 masses. Hémorragie externe avant. Tt. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 778 (déjà citée).

OBSERVATION N° 677.

Primipare de 35 ans. Gr. unichoriale. D.T. 13 heures. D.E. 3 h. 30. Forceps sur le 2e jumeau. J1 2.430 gr. J2 2.330 gr. Placenta 670 gr. Hémoragie externe avant la délivrance. D.A. 20 minutes après. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 846.

Secondipare de 26 ans. Grossesse unichoriale. Albuminurie et éclampsie après l'acouchement. D.T. 5 h. 35. D.E. 30 minutes. J1 2.100 gr., J2 2.200 gr. Placenta 720 gr. Hémorragie externe avant la délivrance. D.A. 30 minutes après. S. de c. subfébriles.

OBSERVATION N° 900.

Secondipare de 24 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 2 h. 50. D.E. 20 minutes. Version sur le 2e jumeau. J1 2.830 gr., J2 2.200 gr. Placenta 750 gr. Hémorragie externe abondante 50 m. après délivrance naturelle et complète. Tt: révision utérine. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.000 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1089.

Secondipare de 24 ans. Grossesse unichoriale. D.T. 31 h. D.E. 1 h. 15. Version sur le 2e. J1 3.000 gr., J2 3.380 gr. Placenta unique 1.100 gr. Hémorragie externe avant la délivrance. D.A. 30 minutes après. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.227.

Primipare de 22 ans. Grossesse bichoriale. D.T. 10 h., D.E. 30 minutes. Forceps sur le 1er jumeau. siège pour le second. J1 2.800 gr., J2 2.870 gr. Placenta 830 gr. Hémorragie externe plus shock 30 minutes après la D.A. Tt: révision utérine. S. de c. fébriles 8 jours.

OBSERVATION N° 1.525.

Cinquième pare, 30 ans. Gr. bichoriale. D.T. 4 h. 15, D.E. 30 minutes. Sièges pour les 2 jumeaux. J1 2.770 gr., J2 2.810 gr. Placenta 870 gr. Hémorragie externe avec état syncopal avant la délivrance, pratiquée artificiellement au bout de 1 h. 30. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 2.156.

Secondipare de 30 ans. Gr. bichoriale. D.T. 15 heures, D.E. 15 h. 40. J1 2.700 gr. forceps, J2 2.500 gr. version. Placenta 1.050 gr. en deux masses extraites par D.A. pratiquée pour hémorragie externe. Continuation de l'hémorragie, révision utérine qui ne ramène rien. S. de c. fébriles.

Année 1921.

OBSERVATION N° 157.

Primipare de 28 ans. Gr. bichoriale. Hémorragie pendant le travail. D.T. 48 h., D.E. 2 heures. J1 1.330 gr. J2 1.300 gr. forceps. Placenta 500 gr. Hémoragie externe par non décollement du placenta 30 minutes avant la délivrance. D.A. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 532.

Primipare 27 ans, Gr. bichoriale. D.T. 10 heures, D.E. 2 heures. J1 2.300 gr., J2 1.700 gr. Placenta 600 gr. Hémorragie externe avant la délivrance. Tt: D.A. 30 minutes après. S. de c. phlébite.

OBSERVATION N° 907.

Primipare de 40 ans. Gr. bich. fibrome. D.T. 14 h. D.E. 1 h. J1 2.690 gr., J2 2.200 gr. Hémorr. ext. et tendance syncopale avant la délivrance. D.A. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.566 (déjà citée).

Année 1922.

OBSERVATION N° 299.

Quatrième pare de 35 ans. Gr. bich. D.T. 2 h. 45, D.E. 15 min. J1 3.870 gr., J2 2.800 gr. Placenta 1.240 gr. 2 masses. Hémor. ext. avant la délivrance. Délivrance naturelle et complète 1 heure après. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 348.

Secondipare de 34 ans. Gr. bich. D.T. 5 h., D.E. 30 min. J1 2.140 gr. version, J2 2.100 gr. version. Placenta 890 gr. Hémorr. ext. avant la délivrance. D.A. 20 minutes après. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 433.

Huitième pare de 30 ans. Gr. bich. Antécédents syphilis et fibrome. D.T. 11 h. 30, D.E. 30 minutes. J1 3.130 gr., J2 3.450 gr. Placenta 500 gr. deux masses. Hémor. ext. avant la délivrance D.A. placenta enclavé. S. de c. fébriles.

Année 1923.

OBSERVATION N° 673 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1.307.

Secondipare de 32 ans. Gr. bich. D.T. 49 h., D.E. 2 h.15. J1 3.200 gr., J2 3.250 gr. siège. Placenta unique 1.170 gr. Hémorr. externe avant la délivrance. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.357 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1.450.

Primipare de 20 ans. Gr. bich. D.T. 13 h. 45, D.E. 45 minutes. J1 2.220 gr., J2 2.050 gr forceps Placenta unique 800 gr. Hémorragie externea vant la délivrance. Tt : D.A. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 1.635.

Primipare de 31 ans. Gr. bichor. D.T. 7 h. 45, D.E. 4 h. 25, inertie. J1 3.380 gr. forceps, J2 2.380 version. Placenta 870 gr., deux masses. Hém. ext. abondante plus shock avant la délivrance. D.A. 1 h. 40 après. S. de c. fébriles avec endométrite.

Année 1924.

OBSERVATION N° 120.

Cinquième pare de 32 ans. Gr. bich. D.T. 13 heures. D.E. 1 h. 40. J1 2.920 gr., J2 3.000 gr. Placenta deux masses 1.030 gr. Hém. ext. plus shock 10 minutes après la délivrance naturelle et complète. Tt médical. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 145.

Sixième pare de 24 ans. Gr. unichoriale. D.T. 19 h., D.E. 51 minutes. J1 3.530 gr., J2 2.270 gr. Placenta unique 260 gr. Hém. ext. abondante avec shock 30 min. avant la délivr. D.A. et Tt médical. S. de c. fébriles et endométrite importante.

OBSERVATION N° 415.

Huitième pare de 38 ans. Gr. bich. D.T. 8 h. 45. D.E. 30 minutes. J1 2.900 gr., J2 3.170 gr. Placenta 800 gr. deux

masses. Hém. ext. 20 min. avant la délivrance naturelle et complète. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 496.

Onzième pare de 32 ans. Gr. bich. D.T. 12 h. 50, D.E. 20 min. J1 2.820 gr., J2 3.590 gr. présentation de l'épaule expulsé 16 h. 30 après le 1er. Placenta 970 gr. Hém. ext. par inertie utérine avant la délivrance pratiquée artificiellement. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 846 (déjà citée)

OBSERVATION N° 1.246.

Primipare de 28 ans. Gr. bich. D.T. 16 h. Siège pour le 1er jumeau. Version pour le 2e. J1 2.830 gr., J2 2.900 gr. Placenta 650 gr. Hém. ext. avant la délivrance pratiquée artificiellement S d..e c, fébriles.

OBSERVATION N° 1.358.

Primipare de 33 ans. Gr. bich. D.T. 7 h. 40, D.E. 15 h. Accouchements normaux. J1 2.250 gr., J2 2.500 gr. Placenta unique 720 gr. Hém. ext. plus signes de shock légers avant la délivrance naturelle. Tt médical. S. de c. fébriles.

Année 1925.

Aucune observation relevée.

Année 1926.

OBSERVATION N° 1.313.

Secondipare de 29 ans. Gr. bich. D.T. 10 h., D.E. 30 m. J1 2.700 gr., J2 2.970 gr. Placenta deux masses 860 gr. Hém. ext. abondante avant la D.A. pratiquée au bout de 1 h. 30. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 443.

Secondipare de 20 ans. Gr. unichoriale. D.T. 4 h. 25, D.E. 25 min. J1 2.100 gr., J2 2.180 gr. Placenta unique 800 gr. Hém. ext. plus shock 35 min. après délivrance naturelle et complète. Tt médical. S. de c. fébriles et phlébite.

OBSERVATION N° 1.122 *bis.*

Secondipare de 37 ans. Gr. bich. J1 3.150 gr., J2 3.150 aussi. Hém. ext. abondante avec signe d'hémorragie interne 25 minutes après la délivrance naturelle et complète. Tt: révision utérine.

OBSERVATION N° 1.250.

Troisième pare de 28 ans. Gr. bich. D.T. 28 h. 30, D.E. 30 min. Siège pour les 2 jumeaux. J1 2.480 gr., J2 3.240 gr. Placenta 1.080 gr. Hém. ext. avant la D.A. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 2.424 bis.

Secondipare de 30 ans. Accouchements normaux. J1 2.100 gr., J2 2.400 gr. Hém. ext. 30 min. après la délivrance naturelle et complète. Révison utérine. S. de c. fébriles.

Année 1927.

OBSERVATION N° 1.406.

Primipare de 31 ans. Gr. bich. Accouchements normaux. J1 1.480 gr., J2 1.870 gr. Hém. ext. avec shock avant la délivrance artificielle. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 1.868.

Primipare de 23 ans. Gr. bich. D.T. 5 h. J1 2.800 gr., J2 2.550 gr. Siège. Placenta 1.150 gr. unique. Hém. ext. plus shock 35 min. après la délivrance naturelle et complète. Tt médical Ergotine sérum. S. de c. normales.

Année 1928.

OBSERVATION N° 792.

Primipare de 21 ans. Gr. bich. D.T. 51 heures. D.E. 2 heures. J1 3.170 gr., J2 2.310 gr. Placenta 1.160 gr. deux masses. Hém. ext. avant la délivrance artificielle pratiquée après 2 heures d'attente. S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 1.002.

Quatrième pare de 32 ans. Gr. bich. hypertension et albuminurie pendant la grossesse. D.T. 9 h., D.E. 15 min. J1 1.430 gr., J2 1.430 gr. Placenta 680 gr. Hém. ext. 20 min.

après délivrance naturelle et complète. Tt médical.S. de c. fébriles, hémorragie cérébrale au 15e jour. Décès.

OBSERVATION N° 1.183.

Secondipare de 26 ans. Gr. bich. D.T. 4 heures. D.E. 15 min. J1 2.300 gr., J2 2.600 gr. Placenta 1.050 unique. Hém ext. 30 min. après délivrance naturelle et complète. Tt médical. S. de c. normales.

Année 1929.

OBSERVATION N° 200.

Secondipare de 19 ans. Gr. unichoriale. D.T. 13 h. 20, D.E. 20 m. J1 3.400 gr., J2 2.980 gr. Placenta 1.200 gr. unique. Hém. ext. importante, 30 min. après délivrance naturelle et complète. Tt médical Ergotine. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 298.

Secondipare de 37 ans. Gr. bich. D.T. 17 h. 35, D.E. 1 h. 25. J1 2.150 gr. forceps, J2 3.250 version. Placenta 1.150 gr., 2 masses. H. ext. après D.A. Tt médical. S.d.c. fébriles.

OBSERVATION N° 293 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1.573.

Primipare de 26 ans. Gr. bich. D.T. 39 h., D.E. 3 h. J1 1.800 gr., forceps, J2 accouchement normal. Placenta 1.800 gr. Hém. ext. 45 m. après la délivrance naturelle, mais placenta incomplet. Rév. utérine ramène des débris placent.

OBSERVATION N° 1.897.

Secondipare de 34 ans. Gr. bich. albuminurie pendant la grossesse. D.T. 6 h. 50, D.E. 15 min. J1 2.650 gr. J2 2.800 gr. Placenta 1.060, deux masses. Hém. ext. après délivrance naturelle Rév. ut. ramène débris placentaires. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 2.392.

Secondipare de 24 ans. Gr. bich. D.T. 24 h., D.E. 1 h. J1 2.401 gr., J2 2.590 gr. version. Placenta unique 900 gr. Hém. ext. avant la délivr. D.A. au bout de 35 m. S.d.c. fébr.

Année 1930.

OBSERVATION N° 78 (déjà citée)

OBSERVATION N° 142.

Troisième pare de 24 ans. Gr. bich. Hém. pendant le travail. D.T. 8 h. 45, D.E. 20 min. J1 3.100 gr., J2 3.400 gr. Placenta 1.000 gr. Hém. ext. avant la délivrance artificielle pratiquée au bout d'une heure S. de c. fébriles.

OBSERVATION N° 169.

Primipare de 20 ans. Gr. unich. D.T. 45 h., D.E. 45 m. J1 2.800 gr., J2 2.300 gr. lacenta 700 gr. unique. Hém. ext. plus Hém. interne avant la délivrance pratiquée artificiellement au bout de 2 heures. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 240 (déjà vue.

OBSERVATION N° 1.569.

rimipare de 18 ans. Gr. bich. Eclampsie pendant le travail. D.T. 18 h. 45, D.E. 2 heures. J1 2.770 gr. siège, J2 2.500 gr. version. Hém. 30 min. après délivrance naturelle et complète. as de Tt. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 2.759.

Troisième pare de 22 ans. Gr. bich. Antécédent : tuberculose pulmonaire. D.T. 10 h. 30, D.E. 30 min. J1 730 gr. version, J2 800 gr. Placenta unique 350 gr. Hém. ext. plus shock avant la délivrance pratiquée artificiellement au bout d'une heure. S. de c. fébriles.

Année 1931.

OBSERVATION N° 998 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1.430.

Primipare de 28 ans. Gr. unich. D.T. 7 h. 55, D.E. 1 h., J1 1.890 gr., J2 2.240 gr. Placenta unique 840 gr. Hémorr.

abondante avant la délivrance. D.A. au bout de 10 minutes. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 2.160.

Primipare de 21 ans. Gr. bich. D.T. 9 h. 50, D.E. 1 h.30. J1 3.610 gr. forceps, J2 2.830 gr. version. Placenta 1.120 gr. unique. Hém. ext. avant la D.A. faite au bout d'1 heure 30. S. de c. subfébriles.

OBSERVATION N° 2.254.

Troisième pare de 34 ans. Gr. bich. D.T. 3 h. 15, D.E. 1 h. 15. J1 1.760 gr., J2 2.500 gr. v. m. ext. Hém. ext. avant la délivrance artificielle faite au bout de 1 h. 15. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 3.084.

rimipare de 26 ans. Gr. bich. D.T. 14 h. 40, D.E. 40 m. J1 1.570 gr., siège, J2 1.640 gr. O.S. Placenta 930 gr. deux masses. Hém. ext avant la délivrance artificielle pratiquée au bout de 30 minutes. S. de c. fébriles.

Année 1932.

OBSERVATION N° 185 (déjà citée).

OBSERVATION N° 216. œKœ

Primipare de 25 ans. Gr.bich. D.T. 19 h. 30, D.E. 20 m. J1 2.650 gr., J2 2.750 gr. Placenta 1.510 gr. deux masses. Hém. ext. plus shock avant et après la délivrance naturelle. Tt : transfusion. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 313.

Cinquième pare de 42 ans. Gr.bich. Arrêt de travail entre le 1er et le 2e. D.T. 24 h., D.E. du 1er 7 h. 20, D.E. du 2e 16 heures après. J1 3.220 gr., J2 3.260 gr. Hém. ext. plus shock avant la délivrance artificielle faite au bout de 2 heures et suivie de transfusion sanguine et d'injection d'hypophyse. S. de c. fébriles et endométrite.

OBSERVATION N° 1.040.

Primipare de 25 ans. Gr. unichor. D.T. 13 h. 45, D.E. 5 min. (?). J1 2.550 gr., J2 2.700 gr. Placenta 750 gr. unique. Hém. abondante avant la D.A. pratiquée au bout d'une heure. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.550.

Primipare de 26 ans. Gr. unich. D.T. 10 h. 20, D.E. 20 min. J1 2.940 gr., J2 5 heures après, forceps, 3.150 gr. Placenta 1.470 gr. Hém. abondante avant la délivrance artificielle pratiquée au bout de 1 h. 30. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.561.

Primipare de 21 ans. Gr. bich. D.T. 51 h., D.E. 2 h. J1 3.250 gr. forceps, J2 4.220 gr. siège. Placenta 1.550 gr. deux masses. Hém. ext. abondante avant la D.A. pratiquée au bout de 1 h. 30. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 2.277.

Secondipare de 25 ans. Gr. bich. D.T. 6 h. 10, D.E. 5 m. (?). J1 2.520 gr., J2 1.580 gr. Placenta 800 gr. unique. Hém. ext 30 m. après la délivrance naturelle et complète. Tt médical. S. de c. fébriles.

Année 1933.

OBSERVATION N° 77.

Troisième pare de 33 ans. Gr. unich. J1 3.120 gr., J2 3.690 gr. lacenta 1.300 gr. Hém. externe plus shock 20 min. après délivrance naturelle et complète. Tt: hypophyse. Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 1.526.

Troisième pare de 20 ans. Gr. bich. D.T. 4 h. 20, D.E. 30 min. J1 2.820 gr., J2 2.400 gr. Placenta 1.090 gr. unique. Hém. ext. 10 m. après D.N.C. Tt médical Ergotine. S de c. subfébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 2.269.

Primipare de 24 ans. Gr. bich. D.T. 8 h., D.E. 3 h. 30. J1 1.920 gr., J2 2.000 gr. Placenta 840 gr. unique. Hém. ext. très abondante avant la délivrance. Tt: D.A. au bout d'une heure 30. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 2.542 (déjà citée).

OBSERVATION N° 2.544.

Primipare de 35 ans. Gr. bich. D.T. 16 heures, D.E. 15 min. J1 1.470 gr., J2 1.710 gr. forceps. Placenta unique 880 gr. Hém. très abondante après D.N.C. Tt médical. Suites de couches fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 2.588.

Troisième pare de 23 ans. Gr. unich. Hém. pendant la dilatation. Transfusion. J1 3.450 gr. forceps, J2 3.000 gr. version. Placenta unique 1.200 gr. Hém. ext. avant la D.A. Tt: transfusion 1 litre. Guérison.

Année 1934.

OBSERVATION N° 586.

Primipare de 18 ans. Gr. bich. D.T. 14 h. 30, D.E. 2 h. J1 3.200 gr. forceps, mort. J2 2.600 gr. Placenta unique 1.020 gr. Hém. ext. après D.N.C. Tt médical Ergotine. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 1.631.

Cinquième pare de 26 ans. Gr. bich. D.T. 9 h., D.E. 5 min. (?). J1 3.000 gr., J2 2.400 gr. Placenta unique 1.050 gr. Hém. ext. plus shock avant la D.A. pratiquée au bout d'une heure. Tt médical. Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 2.242.

Primipare de 21 ans. Gr. bich. D.T. 28 h., D.E. 2 h. 40. J1 3.140 gr. forceps, J2 3.480 gr. Placenta 1.570 gr, deux masses. Hém. ext. abondante 40 min. après D.N.C. Tt: médical Ergotine. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 2.460.

Secondipare de 30 ans. Gr. bich. D.T. 40 h., D.E. 1 h. J1 2.590 gr. O.S., J2 2.230 gr. version. Placenta 1.070 gr. Hém. ext. plus shock 20 min. avant D.N.C. Tt médical. Suites de couches fébriles.

Année 1935.

OBSERVATION N° 644.

Secondipare de 32 ans. Gr. bich. D.T. 3 h. 40, D.E. 30 min. J1 2.890 gr., J2 2.870 gr. siège. Placenta 1.070 gr. deux masses. Hém. très abondante 25 min. avant la D.N.C. Tt: hypophyse, Ergotine et transfusion. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.114 (déjà citée).

Année 1936.

OBSERVATION N° 640.

Primipare de 23 ans. Gr. bich. D.T. 12 h. 30, D.E. 35 min. J1 .1750 gr., J2 1.700 gr. siège. Placenta 820 gr., 2 masses. Hém. ext. abondante 1 h. avant la D.A. S. de c. norm.

OBSERVATION N° 1.767.

Primipare de 22 ans. Gr. bich. D.T. 9 h. 25, D.E. 30 m. J1 2.600 gr., J2 2.500 gr. Placenta 800 gr. deux masses. Hém. ext. abondante 1 heure avant la D.A. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.867.

Primipare de 27 ans. Gr. bich. D.T. 49 h., D.E. 10 min. J1 2.700 gr. forceps, J2 2.270 gr. version. Placenta 750 gr. deux masses. Hém. ext. très abondante avec syncope 1 heure après la D.N.C. Tt médical. Suites de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 2.076.

Cinquième pare de 33 ans. Gr. bich. D.T. 11 h. 20. D.E. 10 min. J1 3.440 gr., J2 2.950 gr. Placenta 1.510 gr. deux masses. Hém. ext. très abondante avec shock et syncope 40 min. après D.N.C. Tt médical. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 2.183.

Primipare de 28 ans. Gr. bich. D.T. (?), D.E. (?). J1 2.500 gr., J2 2.630 gr. Placenta 1.120 gr. 2 masses. Hém. ext. plus shock avant la D.A. pratiquée au bout de 1 h. 30 et suivie de transfusion et de sérum intraveineux. Suites de couches fébriles avec endométrite.

Année 1937.

OBSERVATION N° 50.

Secondipare de 25 ans. Gr. bich. D.T. 9 h. 15, D.E. 35 min. J1 3.080 gr., J2 3.160 gr. Placenta 1.180 gr. deux masses. Hém. ext. de moyenne abondance 30 min. après D.N.C. Tt médical. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 834.

Primipare de 23 ans. Gr. unich., éclampsie avant le travail. D.T. 5 h. 20 ,D.E. 1 h. 45. J1 2.700 gr., J2 2.400 gr. siège. Placenta 960 gr. unique. Hém abondante 45 min. après D.N.C. Pas de Tt médical. S. de c. normales.

OBSERVATION N° 1.627.

Primipare de 23 ans. Gr. bich. Albuminurie en fin de grossesse. D.T. 127 h. 20. Anomalie de la dilatation. Incision du col. J1 2.530 gr. forceps, J2 2.560 gr. version. Placenta 920 gr. deux masses. Hém. ext. 1 h. 15 après D.N.C. Tt médical. Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 1.858 (déjà citée).

Année 1938.

OBSERVATION N° 885.

Primipare de 17 ans et demie. Gr. bich. D.T. 7 h. 25, D.E. 15 m. J1 1.960 gr., J2 (?). Placentaa 500 gr. unique. Hém. ext. pour cotylédon irrégulier 30 min. après D.N.C. Tt révision utérine. Suites de couches fébriles et endométrite.

OBSERVATION N° 2.272.

Primipare de 22 ans Gr. bich. D.T. 57 h. 25. Expulsion artificielle. J1 1.950 gr. forceps, J2 2.450 gr. version. Placenta 1.060 unique. Hém. ext. avant la délivrance artificielle pratiquée au bout de 1 h. 30. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 3.077 (déjà citée).

Année 1939.

OBSERVATION N° 390.

Quatrième pare de 30 ans. Gr. bich. D.T. 18 h. D.E. 10 m. J1 3.000 gr., J2 3.350 gr. Placenta 1.190 gr. Hém.ext. moyenne abondance avant la D. A. pratiquée au bout de 1 h. 30. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 806 (déjà citée).

OBSERVATION N° 1.529.

Troisième pare de 34 ans. Gr. bich. D.T. 4 h. 45, D.E. 5 min. J1 2.450 gr., J2 2.630 gr. Placenta 1.020 gr. unique. Hém. ext. abondante 25 min. après D.N.C. Tt médical. Suites de couches normales

OBSERVATION N° 1.572.

Quatrième pare de 33 ans. Gr. bich. Hém. pendant la grossesse. D.T. 4 heures, D.E. 25 m. J1 2.490 gr., J2 2.460 gr. Placenta 1.850 gr. 2 masses. Hém. ext plus shock avant la délivrance artificielle. Tt médical. Suites de couches hémorragie, hystérectomie et guérison.

OBSERVATION N° 2630.

Primipare de 26 ans. Gr. bich. Albuminurie pendant la grossesse. D.T. 32 h., D.E. 1 h., J1 2.500 gr., J2 3.030 gr. Placenta unique 1.400 gr. Hém. ext. avant D.N.C. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 2.760.

Primipare de 27 ans. Gr. unich. D.T. 40 h., D.E. 2 h. 25. J1 1.940 gr. forceps, J2 2.530 gr. Placenta unique 1.850 gr. Hém. ext. de moyenne abondance. Tt médical. S. de c. fébr.

Année 1940.

Aucun cas relevé.

Année 1941.

OBSERVATION N° 545.

Sixième pare de 31 ans. Gr. bich. D.T. 19 h. 30, D.E. 1 h. J1 3.050 gr., J2 3.460 gr. Placenta 1.260 gr. deux masses. Hém. ext. abondante avant la délivrance artificielle pratiquée au bout de 2 heures. Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 575 .

Primipare de 27 ans. Gr. unich. D.T. 2 h. 30, D.E. 10 min. J1 2.000 gr., J2 1.600 gr. forceps. Placenta unique 900 gr. Hém. ext. avant la D.A. pratiquée au bout de 50 min. Suites de couches fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 1.445.

Primipare de 23 ans. Gr. unich. D.T. 5 h., D.E. 15 m. J1 1.950 gr., J2 1.900 gr. Placenta unique 780 gr. Hém. ext. après D.N.C. Tt médical. Suites de couches normales.

Année 1942.

OBSERVATION N° 769.

Secondipare de 32 ans. Gr. bich. D.T. 3 h. 30. D.E. 30 min. J1 2.050 gr., J2 1.080 gr. Placenta 1.050 gr. deux masses. Hém. ext. abondante avant délivrance artific. pratiquée au bout de 1 h. 30. S. de c. fébriles, endométrite.

OBSERVATION N° 1.917.

Primipare de 21 ans. Gr. bich. D.T. 22 h., D.E. 1 h. J1 2.470 gr., J2 3.330 gr. Placenta 1.170 gr. 2 masses. Hém. ext. avant D.N.C. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION N° 2.591.

Cinquième pare de 26 ans. Gr. bich. D.T. 4 h. 15, D.E. 45 min. J1 2.400 gr., J2 2.460 gr. version. Placenta 1.000 gr. Hém. ext avant D.N.C. S. de c. fébriles, endométrite.

Année 1943.

Aucun cas à relever.

Année 1944.

OBSERVATION N° 338 (déjà citée).

OBSERVATION N° 979.

Troisième pare de 22 ans. Gr. bich. antécédent sclérose en plaques. D.T. 4 h., D.E. 10 min. J1 3.220 gr., J2 1.930 gr. Placenta 1.300 gr. unique. Hém. ext. abondante avant D.N.C. Suites de couches fébriles, endométrite.

Vu : *Le Doyen*,

BAUDOUIN.

Vu : *Le Président de la Thèse*,

L. PORTES.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Professeur Portes, Docteur Granjon. — Les interventions au cours des grossesses gémellaires. Soc. Obst. 1944.

— Les hémorragies de la délivrance dans les grossesses gémellaires. Soc. Obst., 1944.

— Les procidences au cours des accouchements gémellaires. Soc. Obst., 1945.

— Mortalité maternelle et fœtale au cours des accouchements gémellaires. Soc. Obst., 1945.

Docteur Rauh. — Grossesses multiples dans un utérus double avec rétention de placenta adhérent. American Journal of Obst. and Gynec., Décembre 1938.

Docteur Trillat et Magnin. — Grossesses gémellaires et Placenta proevia. Bulletin de la Soc. Obst. et Gynéc., Juin 1937.

Buerger. — Sur les accouchements gémellaires tardifs. Zentral Blatt von Gynek, Février 1936.